Доклад на тему: «Суицидальное поведение детей и подростков»

**Суицидальное поведение детей и подростков** – этапный процесс, включающий разнообразные проявления психической деятельности, направленные на самоубийство. Внутренняя суицидальная активность (мысли, фантазии, продумывание способов совершения суицида) предшествует внешним проявлениям – поступкам, целью которых является лишение себя жизни. Диагностика проводится психиатром, применяется клинический метод, психологическое обследование. Лечение определяется фазой суицидального поведения. Включает госпитализацию, применение медикаментов, психотерапию, социальную реабилитацию.

* **[Причины суицидального поведения](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/suicidal-behavior%22%20%5Cl%20%22h2_1)**
* [**Патогенез**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/suicidal-behavior#h2_8)
* [**Классификация**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/suicidal-behavior#h2_11)
* [**Симптомы суицидального поведения**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/suicidal-behavior#h2_14)
* [**Осложнения**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/suicidal-behavior#h2_18)
* [**Диагностика**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/suicidal-behavior#h2_20)
* [**Лечение суицидального поведения**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/suicidal-behavior#h2_24)
* [**Прогноз и профилактика**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/suicidal-behavior#h2_27)
* [**Цены на лечение**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/suicidal-behavior#h2_28)

Общие сведения

[Суицид](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/suicide) является осознанным, произвольным актом прекращения жизни. Суицидальным поведением называют любую активность, целью которой становится собственная смерть. Завершающий этап такого поведения – попытка самоубийства. Своевременная диагностика предполагает выявление поведенческих актов и предшествующих им суицидальных мыслей, планов, намерений. Суицидальные поступки среди детей и подростков наиболее распространены в возрасте 15-19 лет. Попытки суицида совершаются 5-8% подростков, мысли о самоубийстве посещают 25% юношей и девушек. Существуют сезонные пики осенью/зимой, объясняющиеся обострением депрессивных расстройств. Гендерная специфика суицидального поведения прослеживается с периода полового созревания – юноши чаще предпринимают попытки, приводящие к смерти.

Причины суицидального поведения

Попытки самоубийства совершаются в результате сочетанного воздействия внешних и внутренних факторов. Предрасполагающими детерминантами являются:

* **Биологические причины.** Предрасположенность к суициду определяется при снижении активности серотонина, нарушениях связи гипоталамо-гипофизарной оси, наследственной отягощенности.
* **Психологические особенности.** Суицидальному поведению способствует низкая стрессоустойчивость, [эмоциональная лабильность](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/psycho-emotional/emotional-lability), максимализм, эгоцентризм; зависимость от действий, мнений окружающих; неумение составлять и воплощать в жизнь планы; фрустрация потребности в безопасности, доверии, любви.
* **Медицинские факторы.** К самоубийству предрасполагает [наркомания](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/narcologic/narcomania), [алкоголизм подростков](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/narcologic/teen-alcoholism), [психические расстройства](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric) ([депрессии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/depression), [шизофрения](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/schizophrenia), [психопатии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/psychopathy)), тяжелые соматические заболевания с вероятностью инвалидизации, летального исхода (онкологические патологии, СПИД, [ВИЧ](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/HIV)).

Потенцирующие факторы утяжеляют, ускоряют течение суицидального процесса, повышают риск попыток. В эту группу входят:

* **Культурные, религиозные факторы.** У представителей некоторых языческих религий самоубийство расценивается как благое действие (жертвоприношение, очищение). В отдельных молодежных субкультурах самопроизвольная смерть является признаком решимости, самостоятельности, преподносится в комплексе с романтическими переживаниями.
* **Внутрисемейные факторы.** Группа риска – дети, подростки из асоциальных, неполных семей, воспитывающиеся в условиях насилия, унижения, тотального контроля, отчуждения.
* **Социальные влияния.** Вероятность суицида возрастает при конфликтах со сверстниками, проблемах любовных отношений подростков, культивировании смерти средствами массовой информации.

Реализующие факторы провоцируют переход суицидальных намерений в действия. Причинами непосредственно попыток самоубийства являются:

* **Сильный стресс.** Инициировать действие может смерть родителя, близкого родственника, новость о неизлечимой болезни, невольное наблюдение за убийством, отвержение друзьями, знакомыми, пережитое изнасилование.
* **Доступность орудий самоубийства.** Реализация суицида происходит при наличии домашнего оружия, таблеток, способных при неправильном применении вызвать смерть.

Патогенез

Существует три основные концепции патогенеза суицидального поведения детей и подростков. Согласно психопатологической теории, самоубийцы являются психически больными, суицидальные действия рассматриваются как проявления обострений психических расстройств. В настоящее время попытки самоубийства относятся к области пограничной психиатрии, изучающей психопатические расстройства, реактивные состояния при акцентуациях характера.

Социологическая концепция как основу суицидального поведения рассматривает нарушения социальной интеграции. Целью попыток самоубийства является восстановление взаимоотношений с окружающими. Психологическая теория в качестве патогенетических механизмов самоубийства определяет эмоциональные, личностные особенности, поведенческие паттерны. Суицид побуждается негативными чувствами – страхом, гневом, озлобленностью, стремлением наказать себя либо окружающих. Группа повышенного риска – впечатлительные, внушаемые, импульсивные, эмоционально неустойчивые дети и подростки.

Классификация

Существует множество классификаций суицидального поведения. Наибольший практический интерес представляет разделение попыток самоубийства по целям, причинам. Выделено три вида суицидальных поступков:

* **Истинные.** Действия тщательно продуманы, просчитаны, являются четкой реализацией плана. Им предшествуют изменения мышления, высказываний, поведения. Решение принимается на основе долгих раздумий о смысле жизни, своем предназначении, бессмысленности существования. Суицидальная направленность доминирует, затмевает другие эмоции, черты характера. Цель – умереть (часто достигается).
* **Демонстративные.** Попытки самоубийства схожи с театральными действиями, организуются с расчетом на присутствие «зрителей». Выступают как способ проведения диалога с близкими людьми. Цель – быть услышанными, привлечь внимание к своим проблемам, получить помощь. Иногда действия заканчиваются смертью из-за просчетов плана.
* **Маскированные.** Скрытые суицидальные действия совершают подростки, осознающие, что самоубийство не является правильным способом решения проблем. Самоубийство реализуется косвенными способами – занятиями экстремальными видами спорта, участием в драках, скоростной ездой на автомобиле, мотоцикле, опасными путешествиями, употреблением наркотиков. Чаще всего истинная цель не осознается либо осознается частично.

Симптомы суицидального поведения

Суицидальным попыткам предшествует депрессия, отгороженность от окружающих. У дошкольников снижается заинтересованность играми, просмотром мультфильмов, вкусной едой. Они становятся вялыми, апатичными, замкнутыми, предпочитают одиночество, могут подолгу сидеть, лежать без физической активности. Дети не хотят посещать детский сад, отказываются от встреч с друзьями, исчезает увлеченность занятиями, которые раньше приносили удовольствие. Депрессия проявляется вегетативными, двигательными расстройствами: возникают боли различной локализации, нарушается сон, аппетит, функции пищеварения. Мальчики чаще становятся раздражительными, девочки – слезливыми, подавленными. Смерть понимается как временное явление, «сон».

Школьники выражают тему самоубийства в рисунках, придуманных историях. Нередко рассказывают о способах суицида, их преимуществах, недостатках. Возможность смерти обсуждается с родителями, дети инициируют разговоры об опасности лекарств, удушья, падения из окна. Нет заинтересованности настоящим и будущим, увлеченности планами летнего отдыха, проведением Нового года, дня рождения. Дети и подростки выглядят вялыми, уставшими, речь, движения часто замедлены, иногда сменяются тревожной суетливостью, раздражительностью, плачем, рыданиями. Мотивация учиться отсутствует, школьная неуспеваемость усугубляется постоянной сонливостью, слабостью. Снижаются функции внимания, мышления. Развивается [бессонница](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/insomnia), нарушение аппетита, уменьшается масса тела.

Подростки более открыто выражают суицидальные мысли. Возможны фразы «не хочу жить», «лучше я умру», «жизнь закончится». Одержимость смертью проявляется стремлением просматривать фильмы, читать истории о самоубийцах, способах реализации суицида. Тема смерти отображается в стихах, рисунках, других видах творчества. Формируется эмоциональная отчужденность от родственников, друзей, формально отношения могут быть стабильными, посещение школы регулярным. Эмоциональная неустойчивость часто проявляется грубостью, агрессивностью. Возможны уходы из дома, увлечение опасными для жизни занятиями, равнодушное отношение к собственному внешнему виду, мнению окружающих.

Осложнения

Суицидальное поведение, не закончившееся смертью, осложняется различными соматическими заболеваниями. Диагностируются тяжкие травмы, увечья, порезы, повреждения пищевода, трахеи, гортани, нарушение работы почек, печени, [переломы шейных позвонков](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/cervical-fracture), ребер, костей рук, ног. После попыток суицида пациенты в первую очередь нуждаются в госпитализации в стационары соматического профиля. Полученные повреждения приводят к инвалидности, ограничениям дальнейшей жизни. Со стороны психического здоровья частым осложнением становится психопатологическое развитие личности, сопровождающееся высоким риском социальной дезадаптации.

Диагностика

Диагностика суицидального поведения детей и подростков проводится [врачом-психиатром](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychiatric-consultation/psychiatrist), клиническим [клиническим психологом](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychological-consultation/psychologist). Родители предъявляют жалобы на изменения эмоционального состояния ребенка: подавленность, замкнутость, вялость. Врач предполагает наличие депрессии с риском суицида. Обследование проводится следующими методами:

* **Беседа.** [Детский психиатр](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychiatric-consultation/child-psychiatrist) уточняет время появления симптомов, их выраженность, продолжительность. Если ребенок говорит о самоубийстве, врач расспрашивает о возможных причинах, продолжительности суицидальной активности.
* **Психологические опросники.** Применяются различные тесты для выявления признаков суицидального поведения – методики, состоящие из прямых вопросов о наличии мыслей, попыток самоубийства (опросник суицидального риска, адаптированный опросник Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности»).
* **Проективные методики.** Используются для обследования детей младшего школьного, дошкольного возраста, для подростков, не осознающих, скрывающих суицидальные тенденции, поступки. Применяется тест Люшера, метод «незаконченные предложения», «сигнал», рисуночные тесты.

По результатам комплексного обследования подростков и детей с суицидальной активностью определяются истероидные, сензитивные, эмоционально-лабильные, возбудимые акцентуированные черты. Сочетание признаков депрессии, эмоциональной неуравновешенности, импульсивности указывает на высокий риск суицидальных попыток.

Лечение суицидального поведения

По особенностям развития суицидального поведения выделяют три этапа: суицидальных тенденций, суицидальных действий, постсуицидального кризиса. Такое разделение учитывается при подборе лечебных мероприятий:

* **Предсуицидальная фаза.** Основным способом лечения является [психотерапия](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychotherapeutic/psychotherapy), медикаментозная коррекция депрессии. Используются когнитивные методы, так как проблема концентрируется в плоскости мыслей, идей, убеждений. С помощью логического обоснования, когнитивного переструктурирования прорабатываются идеи о безнадежности будущего, бессмысленности настоящего, отсутствии понимания, поддержки. Ошибочные суждения проблематизируются, ставятся под сомнение. Подросток научается обнаруживать, останавливать негативные автоматические мысли. Проводится [психологическое консультирование родителей](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/child-mental-sphere/parent-counselling), обсуждаются варианты взаимодействия с ребенком, способы реагирования на его замкнутость, эмоциональность. Подчеркивается важность ненавязчивого контроля над действиями.
* **Острая фаза.** Начинается сразу после попытки самоубийства. Требует неотложной медицинской помощи, госпитализации. Помещение в стационар обеспечивает строгий контроль приема медикаментов, предупреждает возможность повторных попыток самоубийства (нет средств, ребенок всегда под наблюдением персонала). Препараты подбираются психиатром с учетом основного диагноза (депрессия, [биполярное расстройство](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/manic-depression)), клинической картины острого периода. Психотерапевтическая поддержка наиболее эффективна в первые дни, когда ребенок эмоционально уязвим, принимает помощь, что служит основанием для доверительных, устойчивых отношений с [психотерапевтом](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychotherapeutic-consultation/psychotherapist). На первом этапе происходит эмоциональная разгрузка, обсуждаются причины случившегося, альтернативные пути разрешения проблем. Затем ребенок/подросток посещает групповые занятия, стимулирующие социальную активность.
* **Постсуицидальная фаза.** Пациента переводят на амбулаторное лечение. Контроль над поведением необходим, но осуществляется родителями, родственниками. Основная задача – предотвратить последующие попытки самоубийства. С этой целью психотерапевтами используется метод «подписание договора» – утверждается срок, в течение которого подросток обязуется не предпринимать попыток. Документ подписывается обеими сторонами. Параллельно продолжается прием медикаментов, посещение групповых встреч, индивидуальных сеансов, направленных на устранение депрессии, восстановление социальной активности.

Прогноз и профилактика

Прогноз суицидального поведения детей и подростков благоприятен при комплексной медико-психологической помощи, активном участии родителей, родственников в профилактике. Частота рецидивов составляет 50%, в большинстве случаев повторные попытки совершаются детьми и подростками, имеющими психические заболевания, из неблагополучных семей. Профилактика основана на устранении факторов риска. Важна благоприятная семейная обстановка, доверительные отношения. Необходимо обучать ребенка способам разрешения конфликтов, противостояния стрессовым факторам. При изменениях поведения, эмоциональных реакций нужно поговорить, подключить [детского психолога](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatric-psychologist), при серьёзных нарушениях – психиатра.

Автор: [Ханова О.А., клинический психолог
Источник:](https://www.krasotaimedicina.ru/authors/khanova-olga-alexandrovna/)<https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/suicidal-behavior>